Aus der Universitäts-Hautklinik Tübingen
Direktor: Professor Dr. W. Schneider

Chondrodermatitis Nodularis Chronica Helicis

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
GEORG VON SAWITZKY
aus Riga

1963

7589

Aus der Universitäts-Hautklinik Tübingen
Direktor: Professor Dr. W. Schneider

Chondrodermatitis Nodularis Chronica Helicis

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
GEORG VON SAWITZKY
aus Riga

1963

R. (UNIV.)
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Dekan: Prof. Dr. Dr. E. Fröhlich

Berichterstatter: Prof. Dr. W. Schneider

Fotodruck PRÄZIS · Tübingen

MEINER MUTTER GEWIDMET

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547601_0065

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S .

	Seite
1. Einleitung	1
2. Klinik	3
3. Ätiologie	6
4. Differentialdiagnose	11
5. Eigene Krankenbeobachtungen	13
6. Besprechung der Ergebnisse	18
7. Histologie	22
8. Therapie	32
9. Zusammenfassung	36
1o. Literaturverzeichnis	38

E I N L E I T U N G .

M. W I N K L E R beschrieb erstmalig das Krankheitsbild der Chondrodermatitis nodularis chronica helicis.

H A L T E R erweiterte 1936 das Wissen und machte es über das Dermatologische Schrifttum hinaus bekannt.

An der Universitäts-Hautklinik Tübingen wurde seit der Übernahme derselben 1947 durch Herrn Professor Gottron und durch Herrn Professor Schneider 1962, das Krankheitsbild besonders beobachtet und 92 Erkrankungen dieser verhältnismässig seltenen Krankheit behandelt.

Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist die Klinik der Chondrodermatitis nodularis chronica helicis, beschrieben an Hand von 56 Krankenbeobachtungen der letzten 1o Jahre die in der Zeit von Mitte 1953 bis Mitte 1963 in der Universitäts-Hautklinik behandelt wurden. Die daraus gewonnenen Ergebnisse wurden gesammelt, nach verschiedenen Gesichtspunkten geordnet und mit dem Schrifttum verglichen.

K L I N I S C H E S B I L D !

Das klinische Bild zeigt meistens derbe, bis zu linsengrosse, oft halbkugelig vorgewölbte Knötchen im Bereich des oberen Pols der Ohrmuschel meist am freien Rand der Helix gelegen. Die Knötchen weisen eine weisslich-gelbe bis rötliche Färbung auf. Sie sind auf auf der Unterlage nicht verschieblich und von fester Konsistenz. Zentral tragen sie meist eine kleine Schuppenkruste und zeigen gelegentlich auch eine stärkere hyperkanthotische Note. Ein weiteres Symptom kann eine hochgradige Druckempfindlichkeit der Knötchen sein. Abb. 1

K L I N I K

der Chondrodermatitis nodularis chronica helicis.

Nachdem M. W I N K L E R an Hand von 8 Erkrankungen die Chondrodrodermatitis nodularis chronica helicis beschrieb und ihr diese Bezeichnung gab, erschien die Arbeit von O.H. F Ö R S T E R wobei 4 und später nochmals 8 Erkrankungen veröffentlicht wurden als " Painful nodular growth of the ear" I.H. S E Q U E I R A beschrieb 3 Erkrankungen einer Chondrodermatitis nodularis chronica helicis und gab ihr 1913 den Namen Keratoma auriculare.

Den ersten Veröffentlichungen über diese Ohrmuschelknötchen folgten zahlreiche Arbeiten nach.

Bis auf C A R O L und H A R E R, C U L V E R, E B E N I U S, N E L S O N, N E W C O M E R, und Mitarbeiter, W I N K L E R, B R O E R S, wurden in der Literatur nur vereinzelte Erkrankungen(P I G E A R, F Ö R S T E R, F O X, J A E N I C K E, Mc. K E N N A, K L A U D E R, L E D O, M E I R O W S K Y, M I L I A N, und P E R T I N, M I T C H E L L, N I C O L A S und Mitarbeiter, R O S T, R O X B U R G H, S Z A N T O, K. W I N K L E R) mitgeteilt.

O T H A Z und Mitarbeiter, P E R I N und B O U L L E, P O T H, E. O T H A Z, und S A N T I A G O, Ponce de L E O N wiesen darauf hin, dass das klinische Bild der Chondrodermatitis nodularis chronica helicis einem ulcerierten Basalzellepitheliom ähnlich sähe.

H A L T E R veröffentlichte 1936 aus der Breslauer Universität eine ausführliche Arbeit über 4 Chondrodermatitis nodularis chronica helicis Erkrankungen. E. L E D O teilte über 4 eigene Beobachtungen mit. P E R I N, L U C I E N, und Stephane

B O U L L E teilen mit, dass sie jedes Jahr einige Erkrankungen feststellen konnten. An Hand von durchuntersuchten histologischen Serienschnitten nahmen C A R O L und B. van H A R E N an, dass es sich um Clavi handele mit Perforation der Epidermis. Von 38 Erkrankungen berichtet E, E B E N I U S 1941, von denen er 33 histologisch nachgewiesen hat. Er bestätigte das klinische und histologische Bild früherer Autoren. Die Bezeichnung " helicis" möchte er in " auriculare " umbenannt haben, da nicht immer nur die Helix betroffen sei. 1953 stellte S U D H O F F im Rahmen einer Dissertation 36 Kranke der Tübinger Hautklinik zusammen in welcher er ausführlich auf dieses Krankheitsbild einging. H. G R O P P ER berichtet 1954 ebenfalls aus der Universitäts-Hautklinik Tübingen über 46 Erkrankungsfälle die von 1947 bis Mitte 1953 behandelt wurden.Bei vergleichenden histologischen Untersuchungen des Ohrmuschelknorpels an einer Vergleichsgruppe gesunder Personen stellte G R O P P E R praktisch dieselben regressiven Veränderungen fest wie bei der Chondrodermatitis nodularis chronica helicis, woraus ersichtlich wurde, dass bei histologischen Diagnosen der Chondroder matitis nodularis chronica helicis in der Regel nur die Veränderungen in der Epidermis, Kutis und ein Perichondrium zu beurteilen sind. Die Knorpelveränderungen dürfen hierbei nicht oder nur in begrenzten Umfang berücksichtigt werden.

Auch N E W C O M E R teilt mit, dass ähnlich degenerative Veränderungen wie bei der Chondrodermatitis nodularis chronica helicis am Knorpel bei gesunden Personen jenseits des

40. Lebensjahres auftreten können. Er berichtet über 94 Erkrankungen und folgert daraus, dass degenerative Veränderungen des Ohrknorpels nicht als Ursache anzusprechen sind. I. C A L N A N und B. R O S S A T I berichten über 21 Krankheitsfälle.

Bei Dreiviertel aller Kranken wurde neben den schon bekannten Veränderungen eine ungwöhnlich starke Proliferation von epitheloiden Zellen in den Wänden der arteriovenösen Anastomosen gefunden die von P R I C H A R D und D A N I E L im menschlichen Ohr beschrieben wurden. Diese Bildung ordnete er in die Gruppe der Glomustumoren ein.

U. O L T E R S D O R F berichtet aus der HNO-Klinik der Universität Tübingen zur Morphologie der Chondrodermatitis nodularis chronica helicis.es sei eine spontane Rückbildung der Knötchen von ihm beobachtet worden. I. B I B E R meint, dass eine embryologische Veränderung in der Entwicklung des Knorpels als locus minoris resistentiae, eine Rolle spielen könnte.

Über eine Behndlungsmethode mittels Einspritzungen hat A. B U C H H O L Z 1957 berichtet und M.C. Z I M M E R M A N N beschreibt 1958 eine Operationsmethode die bei 13 Patienten durchgeführt wurde und welche nicht entstellend gewesen sein soll. Rückfälle wären auch vier Jahre nach der Operation nicht aufgetreten. H. H A B E R E R fand bei 3 von 14 Kranken im histologischen Bild eigenartige Gefäßstrukturen bei welchen es sich seiner Ansicht nach um Glomustumoren handelte.

In der Universitäts-Hautklinik Tübingen wurden in den Jahren 1953-1963 56 Erkrankungen der Chondrodermatitis nodularis chronica helicis beobachtet bzw. behandelt. Sämtliche Kranke wurden histologisch untersucht wobei die Untersuchung die Diagnose Chondrodermatitis nodularis chronica helicis bestätigte.

Ä T I O L O G I E .

Über die Ätiologie der Chondrodermatitis nodularis chronica helicis herrscht noch keine Klarheit.
Am ehesten ist wohl anzunehmen, dass verschiedene Komponenten bei der Entstehung dieser Krankheit eine Rolle spielen. Einerseits sind dabei wohl exogene Einflüsse wie Traumen die z.B. durch Druck des Telefonhörers bei Telefonistinnen, tragen eines Stahlhelms, eines Hutes, einer steifen Schwesternhaube usw. entstehen und Erfrierungen massgebend, während andererseits eine gewisse Disposition die in der schlechten Gefässversorgung des oberen Pols der Ohrmuschel und die dadurch bedingte schlechte Durchblutung(H A L T E R) gegebem ist, von Bedeutung ist.W I N K L E R glaubt ausser an traumatische Schädigungen an chemische und thermische Einflüsse die auf einen in bestimmter Weise veränderten Knorpel einwirken

könnten, wodurch es zu Sekundärinfektion und chronischer Entzündung kommt.

H A L T E R führt entwicklungsgeschichtliche Vorgänge an die für die Ätiologie von Bedeutung sind. S C H W A L B E weist darauf hin, dass der Scheitelpunkt des Helixrandes am ausgebildeten Ohr der Vereinigungsstelle der vorderen Helixfalte mit der freien Ohrfalte, bzw. nach G R A D E N I G O der Helix mandibularis der Helix hyoides, entspricht. Bekanntlich ist die Verschmelzungsstelle solcher embryonalen Faltenbildungen der Boden für die Entstehung von Entwicklungsstörungen. M E I R O W S K Y ist der Meinung, dass die Ätiologie unbekannt ist. Seine Kranken litten nicht an Frostschäden. Auch die Frage ob sich aus dieser gutartigen Affektion eine bösartige entwickeln kann ist seiner Auffassung nach noch nicht gelöst.

P E R I N, B O U L L E weisen auf die Ähnlichkeit des histologischen Bildes mit dem Angiokeratoma Mibelli hin: Neibildungen von Gefässen, Hyperkeratose, stellenweise tuberkuloide Struktur. Sie nehmen an, dass es sich um ein Tuberkulid handeln könnte. Das Primäre sei die Entzündung der Haut, das Sekundäre die Knorpeldegeneration die durch die übergeleitete Entzündung der Cutis auf den Knorpel entsteht.

Nach B. E B E N I U S lassen sich die verschiedenen Auffassungen so vereinen, dass man annehme die Erkrankung könne vom Epithel wie vom Bindegewebe, also auch vom Knorpel ausgehen.

Anamnestisch hätte er besonders häufig Erfrierungen an den

Ohren festgestellt. Er hebt aber auch Druckschäden hervor.

Die arterielle Versorgung der Ohrmuschel erscheint für die Histologie der Chondrodermatitis nodularis chronica helicis von Bedeutung. Die Arteriae auricularis anterioris versorgt die vordere, und die Arteriar auricularis posterioris die hintere aufsteigende Helix so dass der Scheitel der Grenze beider Gebiete entspricht.
Durch die anatomischen Verhältnisse der Gefässversorgung des Ohrscheitels könnten sich die Kreislaufverhältnisse am Ohrscheitel ungünstig gestalten, besonders bei Hinzutreten von lokalen Kreislaufstörungen.

F Ö R S T E R weist auf bemerkenswerte anatomische Eigenschaften hin die ebenfalls zur Ätiologie beitragen.
a) Durchbohrung des Knorpels nach dem freien Helixrand die zum Teil als Gefässdurchtrittsstelle dient, die jedoch nach S C H W A L B E besonders zahlreich im Bereich der Helix descendens, spärlich am hinteren Rand der Helix ascendens vorhanden ist.
b) Freie Knorpelinseln die nach S C H W A L B E im Bereich des Darwinschen Höckers vorkommen.
c) Durch besondere Weichheit ausgezeichnete gefässhaltige Knorpelpartien, von denen L. M E Y E R berichtet und die

nach T A T A R O F F am Beginn der Helix ascendens und im Bereich des Crux inferior anthelicis vorkommen sollen.
M.C. Z I M M E R M A N N nimmt an, dass durch mechanischen Druck eines Ödems im Bereich der Adhäsion alter traumatischer Narben hervorgerufen wird. Durch diesen Druck entwickelt sich eine Ischämie, möglicherweise eine ischämische Neuritis an einer Stelle traumatischer Einwirkungen, bei schlechter Blutversorgung und erhöhter Kreislaufanforderung.
U. O L T E R S D O R F nimmt an, dass die entwicklungsgeschichtlichen Begebenheiten und die dadurch bedingte getrennte Gefässversorgung sowie die durch die Lokalisation gegebenen ungünstigen Kreislaufverhältnisse eine Rolle spielen.
J.J. B I B E R meint, dass die Ätiologie zweifelhaft ist. Eventuell spielen embryologische Veränderungen in der Entwicklung des Knorpels als locus minoris resistentiae eine Rolle.

Z U S A M M E N F A S S U N G
der Ätiologie.

Es ist zu sagen, dass über die Pathogenese der Chondrodermatitis nodularis chronica helicis nichts Sicheres bekannt ist.
Die von H A L T E R vertretene Auffassung dass Kreislaufstörungen mit Stromverlangsamung eine Rolle spielen, erscheint am wahrscheinlichsten.

Als zusätzliche Koponente kommt noch eine Schädigung von aussen in Frage.
Aus unserem Krankengut von 56 Patienten wurden 16 vorauggegangene Erfrierungen der Ohrmuscnel festgestellt. Für eine äussere Einwirkung spricht auch die Berufsverteilung in unserem Krankengut. Von 56 Patienten waren 24 durch ihren Beruf (Landwirte, Strassenarbeiter, Schäfer) vermehrt den Witterungeinflüssen ausgesetzt. Bei 3 weiteren Patienten führte ein direktes Trauma, (Vogelbiss usw.) zur Erkrankung.

In unserem ausgedehnten histologischen Material und in der Literatur fanden wir keinen Anhalt für die von L. P E R I N und S. B O U L L E vertretene Ansicht eines Tuberkulids. Auch die von E B E N I U S vertretene Meinung einer Umwandlung der Chondrodermatitis nodularis chronica helicis in ein Malignom müssen wir aus den oben erwähnten Gründen verneinen.

D I F F E R E N T I A L D I A G N O S E .

Nach W I N K L E R kommen differentialdiagnostisch hinsichtlich des klinischen Bildes das Epitheliom und dann noch die persistierenden Pernionen in Betracht. Die Epitheliome sind derber und haben erhabenere und transparentere Ränder.
Gegen die Diagnose Perniones spricht die Tatsache, dass seine Patienten im übrigen frei von Pernionen waren und dass die Chondrodermatitis nodularis chronica helicis Sommer wie Winter in gleicher Intensität bestand.
P E R N I N hält differentialdiagnostisch den Lupus erythematodes für bemerkenswert. Ausserdem ist eine Tuberkulosis verrucosa cutis auszuschliessen.
H A L T E R weist auf die Ähnlichkeit des papulo-nekrotischen Tuberkulids in seinem klinischen Aussehen im Bezug auf die Chondrodermatitis nodularis chronica helicis hin. Die papulo-nekrotischen Tuberkulide unterscheiden sich klinisch durch eine geringere Derbheit und durch eine gute Verschieblichkeit über dem Knorpel. Ausserdem findet sich das papulo-nekrotische Tuberkulid in sehr seltenen Fällen an der Helix. Auch die persistierenden Pernionen sind nur ausnahmsweise solitär an den Ohrmuscheln zu finden. Sie zeigen im Sommer und im Winter wechselnde Intensität.
Bei der Chondrodermatitis nodularis chronica helicis ist die Affektion meist in gleicher Stärke unabhängig von den Jahreszeiten vorhanden.

Das Keratoma senile weist eine warzige Oberfläche auf und ist in der Regel flacher und nicht druckschmerzhaft.

Differentialdiagnostisch sind folgende Erkrankungen auszuschliessen:

a) Basalzellepitheliom
b) Spinocelluläre Carcinome
c) Papulo-nekrotische Tuberkulide
d) Persistierende Pernionen
e) Keratoma senile
f) Verrucae seborrhoicae
g) Tuberkulosis verrucosa cutis
h) Lupus erythematodes

Im Gegensatz zum Epitheliom ist die Chondrodermatitis nodularis chronica helicis meist durch eine ausgeprägte Druckschmerzhaftigkeit gekennzeichnet welche durch die Perichondritis und die entzündlichen Veränderungen in der Cutis bedingt sind.
Das Epitheliom ist durchschnittlich derber und zeigt noch etwas mehr die erhabenen, gelegentlich etwas transparenten Ränder.
Die Verrucae seborrhoicae sind meist linsen- bis markstückgrosse, leicht warzige, an den Rändern bisweilen pilzförmig überhängende, mit weichen Massen aus Horn und Hauttalg bedeckte Erhabenheiten.

E I G E N E K R A N K H E I T S B E O B A C H T U N G E N.

F A L L 1

Ch. K., 55J., Schäfer, Nr. 58o19

Eigene Anamnese:

Patient übt seit 34 Jahren den Schäferberuf aus und sei angeblich immer gesund gewesen. Ihm sei keine ernsthafte innere Erkrankung bekannt. Lediglich habe er mehrfach einen grippalen Infekt durchgemacht. Die Buckelbildung sei bereits im Alter von 4 Jahren aufgetreten und nach einer Lungenentzündung allmählich entstanden.

Jetzt:

Die krankhaften Veränderungen im Bereich der li. Ohrmuschel bemerkte er erstmals vor einem Jahr in Form eines kleinen, nicht über linsengrossen Knötchens, welches nach einer stumpfen Verletzung durch den Stoss eines Kuhhorns entstanden war. Das Knötchen vergrösserte sich später sehr langsam und machte beim Daraufliegen Schmerzen. Er versuchte mehrfach das Knötchen auszudrücken, was aber zu keiner Besserung der subjektiven Beschwerden führte. Insbesondere würden die Schmerzen bei Kälteeinwirkung auftreten.

Befund:

In der Haut des cranialen Teils der li. Ohrmuschel findet sich ein linsengrosses, verschiebliches, derbes Knötchen welches mit einer Kruste bedeckt ist und bei Berührung heftig schmerzt. Keine Teleangiektasien. Kein perlgrauer Rand. Keine auffällige

Defektbildung.

Histologie:

Starke nyperkerathotische reaktive Akanthose, gefässreiches Granulationsgewebe mit Verquellungserscheinungen zwischen Oberhaut und Knorpel, entzündliche Reaktion auch im Perichondrium.

Therapie:

Keilexcision.

Diagnose:

Chondrodermatitis nodularis chronica helicis.

F A L L 2

J.K., 65 J., Rentner, Nr. 54107

Eigene Anamnese:

Patient hat sich im Winter 1929-30 beide Ohren erfroren. (Wahrscheinlich Erfrierung 2. Grades: mit Blasen!) Er hat seit dieser Zeit jährlich am re. Ohrrand eine " Rufe ", die sich auf Salbenbehandlung immer wieder zurückgebildet hat. Beim Druck auf dem re. Ohr treten stechende Schmerzen auf. Im Sommer seien die Hauterscheinungen immer wieder abgeheilt. Der Hausarzt sagte, dass sich einmal Krebs daraus entwickeln könnte.und überwies den Patienten in unsere Hautklinik.

Befund:

Im Bereich des rechten, oberen,Onrmuschelrandes an der Helix findet sich ein linsengrosses, druckschmerzhaftes Knötchen das auf der Unterlage nicht verschieblich und mit einer gelblich-weissen Hyperkeratose bedeckt ist.

Therapie:

Keilexcision.

Histologie:

Mächtige Krustenauflagerung. Umschriebener krustös ersetzter Defekt der stark akanthotischen Epidermis. Der Knorpel ist von dichten, überwiegend chronisch entzündlichen Zellmänteln umschlossen, worin namentlich auch die Nerven des Perichondriums eingebacken werden.

Diagnose:

Chondrodermatitis nodularis chronica helicis.

F a l l 3

W.G., 55J., Landwirt, Nr. 60487

Eigene Anamnese:

Patient hat sich 1931 beide Ohren erfroren. Seitdem häufig Erfrierungsrecidive. Seit etwa 3 Jahren stärkere Schmerzen besonders beim Daraufliegen. Patient erhielt vor einem Jahr 6mal Röntgenbestrahlung. Er leidet jetzt wieder unter stärkeren Schmerzen.

Befund:

Sitz der Veränderungen sind die oberen Ränder beider Ohrmuscheln. Rechts im wesentlichen nur atrophische, straff gespannte Haut über höckerigem Knorpel der gelblich durchscheint. Links inmitten eines unscharf begrenzten Erythems welches den ganzen Helixbogen einnimmt ein linsengrosser Defekt der mit einer zarten hämorrhagischen Kruste bedeckt ist. Angedeuteter Randwall der Ulceration. Keine deutliche

Knötchenbildung im Sinne einer Chondrodermatitis nodularis chronica helicis.
Therapie:
Schmale Ohrmuschelrandexcision am li. und re. Ohr in Lokalanästhesie. Danach Entfernung des 1-2mm tief darunterliegenden Knorpels.
Histologie:
Das Zentrum des Coriums wird einem fibrös umgewandelten Granulationsgewebe eingenommen. Stellenweise findet sich eine Veränderung des Knorpels im Knorpelgewebe. An einer Stelle ist eine Ulceration mit leucocytärem Schorf bedeckt.
Diagnose:
Chondrodermatitis nodularis chronica helicis mit bezirksweise verkalkter Knorpelmasse.

F A L L 4
R.St., 65J., Hausfrau, Nr. 55748
Eigene Anamnese:
Patientin wurde vor einem Jahr von einem Wellensittich am re. Ohr gehackt. Die Wunde wollte nicht richtig abheilen. Vom Hausarzt und von der Gemeindeschwester wurden verschiedene Salben verwendet aber es bildete sich immer wieder eine kleine Kruste. Patientin hat keine Schmerzen. Die Wunde blieb immer gleich und wurde nicht grösser.
Befund:
Der Sitz der Hautveränderung ist der obere Pol des re. Ohres. Ein hirsekorngrosses, sich halbkugelig vorwölbendes, zentral mit einer Hyperkeratose bedecktes Gebilde auf nicht krankhaft veränderter Haut ist am Helixrand vorhanden.
Therapie:
In Lokalanästhesie Totalexcision in Keilform.
Histologie:
Der Region entsprechend schmale, reliefarme, jedoch follikelreiche Epidermis. Über dem Knorpel reaktive Akanthose welche keine atypische Epithelwucherung darstellt, und welche auch

keine sichere Cancerierung in den basalen Lagen aufweist. Auflagernde Schuppenkruste. Unmittelbar darunter gefäss- und zellreiches Infiltrat. Keine Knorpelnekrose.
Diagnose:
Chondrodermatitis nodularis chronica helicis.

F A L L 5
W.H., 51J., Schlosser, Nr. 57649
Eigene Anamnese:
Patient bekam 1958 ein schmerzhaftes Knötchen am re. Ohr welches im März 1960 auch am li. Ohr auftrat. Im Winter waren die Beschwerden stärker als im Sommer. Starke Druckschmerzen. Der Patient erhielt im Sommer 1960 im Krankenhaus Aalen 11 Rö-Bestrahlungen auf beide Ohrmuscheln wegen Verdacht auf Helix-Ca. Daraufhin brachen die Knötchen auf und wurden Anfang Februar operativ entfernt.
Befund:
Sitz der Veränderungen ist der obere Anteil des Ohrmuschelrandes beiderseits. Vorhanden ist jeweils eine 2cm lange reizlose Narbe entlang dem Helixrand der dadurch verschmälert wird. Am medialen Ende der Narbe, knapp 1 QF vor dem Ohrmuschelansatz findet sich je ein knapp linsengrosses derbes, mässig druckempfindliches Knötchen welches mit einer Schuppenkruste bedeckt ist.
Histologie:
In beiden Excisionen deutliche perichondrale Reaktion, vielleicht auch strahlenbedingte Bindegewebssklerosierung. Krustös bedeckter Oberhautdefekt.
Therapie:
Keilförmige Excision.
Diagnose:
Chondrodermatitis nodularis chronica helicis.

B E S P R E C H U N G D E R E R G E B N I S S E .

Bei der Sichtung des Krankengutes ergab sich, dass vorwiegend Männer von der Chondrodermatitis nodularis chronica helicis befallen werden.
Unter 56 Erkrankungen fanden sich nur 4 Frauen. Diese Beobachtungen stimmen statisch mit den Ergebnissen aus dem uns zur Verfügung stehenden Schrifttum überein und zwar wurde soweit es aufgegliedert ist, bei insgesamt 196 Erkrankungen ein Anteil von nur 15 Patienten weiblichen Geschlechts festgestellt. In Bezug auf das Lebensalter ergab sich folgende Aufteilung.

Unter 2o Jahren	keine Erkrankung
von 2o - 29 "	9 Erkrankungen
" 3o - 39 "	4 "
" 4o - 49 "	1o "
" 5o - 59 "	18 "
" 6o - 69 "	12 "
" 7o - 8o "	1 "
über 8o Jahre	2 "

Diese Altersverteilung stimmt weitgehend mit den im Schrifttum niedergelegten Befunden überein. Es fällt ein deutliches Überwiegen der älteren Jahrgänge auf. Tafel 1

T A F E L 1

8o - 89

In Bezug auf das Lebensalter

ergab sich folgende Aufteilung:

7o - 79

6o - 69

5o - 59

4o - 49

3o - 39

2o - 29

L O K A L I S A T I O N .

Lokalisation, dabei war die rechte Ohrmuschel 33mal befallen. Die häufige Lokalisation am re. Ohr ist nach N E W C O M E R und Mitarbeiter darauf zurückzuführen, dass mehr auf der rechten als auf der linken Seite geschlafen wird. und somit rechts ein vermehrter Ohrdruck zu finden ist.
Die linke Ohrmuschel war 16mal und beide Ohrmuscheln 7mal befallen. Tafel 2
Interessant ist zu vermerken, dass von den 7 Patienten bei welchen beide Ohrmuscheln befallen waren, an 5 Patienten Kälteschäden beider Ohren nachzuweisen waren.
In sämtlichen 56 Erkrankungen hatten die Knötchen ihren Sitz am oberen Pol der Ohrmuschel und zwar meistens am freien oberen Rand der Helix. Davon war der Sitz der Knötchen 42mal am oder dicht unterhalb des Darwinschen Höckers. 22mal oberhalb des Darwin'schen Höckers der Helix und 3mal im Bereiche des unteren Drittels der Helix festzustellen. Tafel 3 a

Bei 53 Patienten war nur ein Knötchen an einer Ohrmuschel entstanden. Ein Patient wies drei Knötchen und zwei weitere Patienten wiesen zwei Knötchen an einer Ohrmuschel auf. Waren beide Ohren beteiligt, so wurde die Entstehung der Knötchen immer zu beinahe dem gleichen Zeitpunkt angegeben. Erwähnenswert ist hierbei, dass wir keine andere Lokalisation beobachten konnten, berichten doch D A V I E S, D U N C A N , F O X, J A E N I C K E , K L A U D E R sowie N E W C O M E R und Mitarbeiter über ien gelegentliches

T A F E L 2

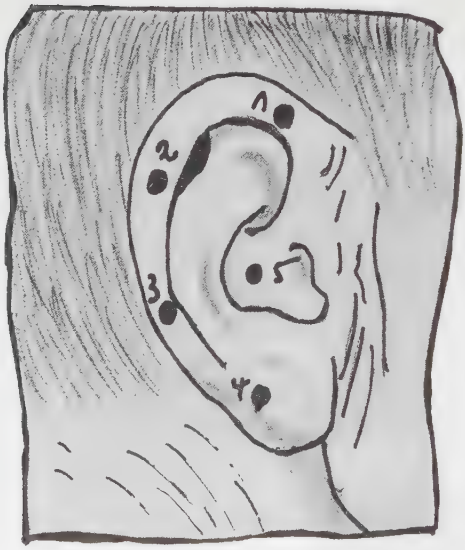
L O K A L I S A T I O N

Befallen war vorwiegend das rechte Ohr.

re. Ohr li. Ohr bd. Ohren

T A F E L 3 a

Der Sitz des Knötchens war ausschliesslich an der Helix lokalisiert.



1 = 28%

2 = 70%

3 = 2%

4 = 0%

5 = 0%

Auftreten der Chondrodermatitis nodularis chronica helicis an der Anthelix.

Ä U S S E R E E I N F L Ü S S E .

Bei16 Erkrankungen wurden Erfrierungen der Ohrmuschel angegeben davon 9mal beiderseits.
E B E N I U S sah bei seinen Patienten 13mal eine Erfrierung. In drei Erkrankungen wurde ein direktes Trauma (Bissverletzung durch einen Vogel und Rissverletzung durch ein Kuhhorn) angegeben. Drei weitere Patienten gaben an einen Stahlhelm getragen zu haben.
Für die Bedeutung äusserer Einflüsse bei der Chondrodermatitis nodularis chronica helicis spricht auch die Berufsverteilung.
Am vorliegenden Beobachtungsmaterial von 56 Patienten waren 22 durch ihren Beruf (Landwirte, Schäfer, Bauarbeiter, Strassenarbeiter) vermehrt den Witterungseinflüssen ausgesetzt. Tafel 3

K O N S T I T U T I O N E L L E B E D E U T U N G.

85% der erkrankten Patienten waren Hypotoniker, was mit der Untersuchung von S U D H O F F übereinstimmt.
Es wurde festgestellt, dass 75% aller an Chondrodermatitis nodularis chronica helicis Erkrankten von asthenischen Habitus waren. Eine jahreszeitliche Abhängigkeit bei der Erfas-

TAFEL 3

ÄUSSERE EINFLÜSSE

der Erkrankung.

Keine äussere Ursache nachweisbar.

Stahlhelmträger.

Direkte Traumen.

Erfrierungen.

Vermehrten Witterungseinflüssen ausgesetzt.

sung der Erkrankung konnte nicht festgestellt werden.
Auch die angegebenen Beschwerden hatten keinen jahreszeitlichen Einfluss.

R E C I D I V E .

Die Recidivneigung ist in den letzten 1o Jahren an unserer Universitäts-Hautklinik merklich zurückgegangen.
Dieses ist wohl auf die Operationsmethode, die Excision weit im Gesunden unter Mitnahme des Knorpels, zurückzuführen.
Bis Mitte 1953 traten an 46 behandelten Patienten 9 Recidive auf. Bei den jetzt beschriebenen Erkrankungen die seit der zweiten Hälfte des Jahres 1953 bei uns in Behandlung waren, wurde nur ein Recidiv verzeichnet.
In die Universitäts-Hautklinik kamen von den 56 Patienten 7 mit einem Recidiv aus anderen Kliniken zur Behandlung. Davon waren 3 Patienten vorbestrahlt und dann excidiert worden. 4 Patienten waren nicht vorbestrahlt. Bei nochmaliger Excision weit im Gesunden in der Universitäts-Hautklinik traten keine Recidive mehr auf.
Allerdings kann die Recidivneigung auch etwas höher liegen, da viele Patienten der geringen Beschwerden wegen, besonders bei Schmerzfreiheit eine Wiedervorstellung für nicht erforderlich halten und uns somit die weitere Beobachtung des Krankheitsbildes entziehen.

H I S T O L O G I E .

Um die klinische Diagnose zu sichern ist die histologische Untersuchung des Präparates unerlässlich. Deshalb wurden an der Tübinger Universitäts-Hautklinik alle Kranken keilförmig excidiert.

Entsprechend der Entwicklung des pathologisch-anatomischen Geschehens findet sich ein verschieden stark ausgeprägtes Bild.

H A L T E R hat darauf hingewiesen, dass bei Untersuchungen des Materials entscheidend ist, welches Moment das pathologisch-anatomische Geschehen das histologische Augenblicksbild festhält.

Bei Bestehen eines subjektiven Druckschmerzes eines Knötchens nahm H A L T E R die Excision vor und fand folgendes histologisches Bild.

Gefässreiches Granulationsgewebe und Fibroblasten in allen Schichten der Cutis, akanthotische Verbreitung der Epidermis, mehr oder weniger ausgeprägte Degeneration des darunter liegenden Knorpels und Erscheinungen einer Perichondritis.

Im Zentrum des Krankheitsherdes waren degenerative Veränderungen der Cutis und Epidermis mit Gewebszerfall sichtbar.

An Stelle des degenerierten Bindegewebes tritt nach und nach neugebildetes Granulationsgewebe. In manchen Fällen treten im Zentrum der Knötchen noch Abscesse auf.

Das Krankheitsgeschehen greift dann auf den Knorpel über, wobei

akanthotische Wucherungen, Hyper- und Parakeratosen auftreten. Letzten Endes wandelt sich das Granulationsgewebe in's Narbengewebe um. (Stadium der reparativen Entzündung) (W I N K L E R , F Ö R S T E R , R O X B U R G H)

M E I R O W S K Y excidierte einer Patientin fünf Knötchen, zerlegte die in Serienschnitte, färbte sie nach mehreren Methoden und untersuchte sie histologisch.
Dabei zeigte sich, dass die Knötchen die Entwicklung aufwiesen welche sie klinisch durchmachen.
Ein Knötchen weist einen umschriebenen Herd in der Cutis auf in dem die Blut- und Lymphgefässe stark erweitert sind. Das elastische Gewebe fehlt und die kollagenen Fasern sind hochgradig degeneriert. In dieser Periode zeigt das Corium fast gar keine Infiltratzellen.
Im anderen Falle hat die Degeneration des kollagenen Gewebes zugenommen und das ganze Corium ist mit zahlreichen Infiltratzellen angefüllt. In wieder anderen Fällen tritt eine vollständige Homogenisierung des kollagenen Gewebes ein.
Es ist von zahlreichen Infiltratzellen durchsetzt unter denen sich auch polynucleäre Leukozyten befinden.
Die zentralen Anteile der Epidermis und ein Teil des Coriums sind nekrotisch und nehmen keine Färbung an. Diese Knötchen befinden sich im Stadium der Erweichung.
Nach W I N K L E R handelt es sich pathologisch-anatomisch hauptsächlich um eine Wucherung der Epidermis, zum Teil mit Verlängerung, papillären Zapfen und Erscheinungen von Hyper- und Parakeratosen die aber nicht in allen Schnitten wahr-

nehmbar sind. In einzelnen Fällen ist nur eine Verbreiterung der Epidermis mit Papillen nachzuweisen.

In der Cutis findet sich eine starke Infiltration, die sich in den mittleren oberen Partien zu einem Abscess verdichtet und zur Einschmelzung der Epidermis führen kann.

Im Bereiche der stärksten Infiltration kommt es zum Schwund der elastischen Fasern. Nach den tieferen und peripheren Partien zu nimmt das Infiltrat ab und besteht mehr aus Lymphozyten und vermehrten fixen Bindegewebszellen. Entsprechend der Entzündung lässt sich eine Erweiterung der Gefässe mit Infiltration der Gefässwände und am Knorpel Zeichen von Degeneration feststellen.

Die histologischen Befunde B R O E R S weichen von denen M E I R O W S K Y S und anderer Autoren ab.

B R O E R S fand nämlich keine Veränderungen am Knorpel und keine stärkere Vermehrung der elastischen Fasern.

Die Epidermis über den Knötchen war normal. Im Stratum cylindricum kein intracelluläres Pigment.Das Stratum corneum war etwas verdünnt, die Papillen des Corpus papillare leicht vergrössert. Der Knorpel war normal. Zwischen diesem normalen Ohrknorpel und der Epidermis kleine Lymphozytenhaufen und die bereits erwähnte Vermehrung der elastischen Fasern. Sonst keine erweiterten Blutgefässe, keine Chromatophoren, also nur Zeichen einer geringgradigen Entzündung.

C.H. F Ö R S T E R berichtet über eine genaue histologische Untersuchung in 4 Fällen. Alle Patienten zeigten ein chronisch entzündliches Krankheitsgeschehen im Corium ein-

schliesslich des Knorpels und eine umschriebene Hypertrophie der Epidermis die aus Bildung eines Knötchens resultierte mit breiter flacher Basis und leicht eingesunkenem Zentrum. Das charakteristische Zeichen der entzündlichen Reaktion besteht in der Ausbreitung und der Tiefe sowie in der Intensität und dem weit verbreiteten Ödem, der ausgesprochenen Gefässvermehrung und der Degeneration der kollagenen und elastischen Fasern. Die Zelleinteilung besteht hauptsächlich aus Epithel und Fibroblasten obgleich in verschiedenen Abschnitten auch Rundzellansammlungen gefunden wurden.

In zwei Fällen herrscht hyaline Degeneration und Nekrose vor. Das Charakteristische ist eine umschriebene und gut entwickelte Akanthose.

Diese histologischen Untersuchungen sind genügend einheitlich und charakteristisch um in allen Fällen die gleiche Diagnose zu sichern und sie von Warze, Keratosis, Epitheliom, Clavis u.a. zu differenzieren.

J. N I C O L A S , J. M A S S I A und J. R O U S S E L sind der Ansicht, dass es sich hier um eine Entzündung im Bindegewebe ohne Knorpeldegeneration handelt.

Auch das histologische Bild deckt sich mit dem pathologisch-anatomischen Befund führender Autoren.

Die Verfasser sind scheinbar der Auffassung, dass eine primäre Knorpelaffektion die Ursache bilde und benennen die Affektion ulceriertes Chondrom des Ohrknorpels.

E. L E D O fasst die Erkrankung als naevusartiges Gebilde auf mit Teleangiektasie und Hyperkeratose.

O T H A Z , Ernesto und P. de L E O N E sind der Ansicht, dass histologisch ein chronisch entzündlicher Prozess bestand der zur Schädigung des Knorpels geführt hatte.

W. C.A R O L und H.P. H A R E N nehmen an, dass bei einem Teil der Erkrankungen eine mucoide oder chondroide Degeneration des Bindegewebes zustande komme und dass dann durch Druck dieses Gewebes ein Durchbruch der Epidermis von innen nach aussen erfolge. Diese Degeneration des Bindegewebes hat Verfasser bei einem Frühfall ebenfalls beobachtet und die erste Ansicht, dass primär nur eine Degeneration des Knorpels in Frage komme seit seiner ersten Publikation verlassen.

In 33 sichergestellten Fällen bestätigt E B E N I U S das klinische und histologische Bild der früheren Autoren. Er gibt die Möglichkeit einer malignen Umwandlung zu da er bei drei Erkrankungen präcanceröse Veränderungen in Form von Zellpolymorphismus, gesteigerter Zahl von Mytosen und undeutliche Abgrenzung der Epithelkolben konstatiert haben will.

S U D H O F F , Th. ordnet die histologischen Schnitte nach ihrem Entwicklungsstadium in ein Schema von vier Stufen ein. Diese werden in Beziehungen zum klinischen Bild gesetzt.

Stadium 1

Im frühesten Stadium findet man lediglich eine starke Blut-

und Lymphgefässerweiterung in der Cutis. Daneben bestehen noch mässige Rundzellinfiltrate die häufig von Plasmazellen durchsetzt sind. Der Knorpel und das Perichondrium zeigt noch keine Veränderung.

Stadium 2

Im Vordergrund steht die Bildung eines chronisch entzündlichen Granulationsgewebes mit vorwiegender Perichondritis. Noch keine Beteiligung des Knorpels.

Stadium 3

Es fallen zuerst die Veränderungen im Bereich des Knorpels auf. Er zeigt beginnende degenerative Veränderungen. Gelegentlich ist eine Verkalkung auffallend.
In der Cutis befindet sich ebenfalls noch wie im Stadium 2 eine chronische granulierende Entzündung mit Kapillarneubildung, Rundzellinfiltraten und Gefässerweiterungen. Daneben ist eine starke Perichondritis vorhanden.

Stadium 4

In diesem Stadium führen die degenerativen Veränderungen im Knorpelbereich bis zum völligen Schwund der Grundsubstanz, des elastischen Gewebes und der Knorpelzellen. Stellenweise findet man eine Kalkinkrustierung. Im Gewebe fällt die Zellarmut auf. Daneben ist gelegentlich eine bindegewebige Narbenbildung zu erkennen.

G R O P P E R legt bei seinen Untersuchungen besonderes Gewicht auf die Befunde des Ohrmuschelknorpels der Chondrodermatitis nodularis chronica helicis da im Schrifttum keine einheitliche Auffassung besteht.

C A R O L und Mitarbeiter, F Ö R S T E R , N I C O L A S, H A L T E R, M E I R O W S K Y, C T H A Z und Mitarbeiter R O S T, K. W I N K L E R und M. W I N K L E R fanden regressive Veränderungen im Knorpelgewebe welche N E W C O M E R und Mitarbeiter sogar bei Gesunden jenseits des 4o. Lebensjahres beobachteten.

B R O E R S, M A S S I A, S Z A N T O, J E N O dagegen beobachteten keine Beteiligung des Ohrmuschelknorpels.

In den histologischen Schnitten von 46 Kranken durch die Chondrodermatitis nodularis chronica helicis fand G R O P P E R 23mal geringe, teils aber auch ausgedehntere Veränderungen des Knorpels die bis zur Nekrosebildung und Verkalkung des Knorpels führten.
Die Knorpelplatte der Ohrmuschel besteht aus elastischem Knorpel mit verhältnimässig dicht gestellten Knorpelzellen. Der Knorpel wird von einem, an elastischen Fasern reichen, festen Perichondrium überzogen. Die elastischen Fasern desselben setzen sich kontinuierlich in den elastischen Fasernetzen des Knorpels fort. Gelegentlich dringen vom Perichondrium aus freie Gefässe in den Knorpel ein. Vereinzelt finden sich am Helixrand kleinere Knorpelstückchen abgespaltet.

Eingehnde histologische Untersuchungen des Ohrmuschelknorpels im Alter liegen nach dem uns zugänglichen Schrifttum nicht vor.

Es finden sich darüber nur spärliche, sich wiedersprechende Angaben.

So sind von E B N E R und S C H Ä F F E R sowie L E V I der Meinung, dass elastischer Knorpel niemals verkalkt.

Nach L U S C H K A dagegen soll er verkalken können aber zu keiner Verknöcherung fähig sein.

W. K O L M E R berichtet, dass Ohrmuschelknorpel allgemein nicht verkalken jedoch im Alter gelegentlich verkalken und verknöchern können.

L Ü B B E R S und K N A P P konnten bei chronisch entzündlichen Prozessen eine Verknöcherung des Ohrknorpels beobachten.

Um die Angaben von N E W C O M E R und Mitarbeitern zu überprüfen hat G R O P P E R vergleichende histologische Untersuchungen des Ohrmuschelknorpels an 21 Leichen vorgenommen.

Bei dieser Vergleichsgruppe zeigten sich in 11 Untersuchungsergebnissen keine Veränderungen an dem Ohrmuschelknorpel.

In 1o Schnitten bestanden regressive Veränderungen verschiedenster Entwicklungsstufen. Entzündliche Erscheinungen wurden dagegen nie beobachtet. Beachtenswert war dass schon bei einem 29jährigen Mann Kalkeinlagerungen im Ohrmuschelknorpel zu finden waren. Bei einem anderen Gleichaltrigen fanden sich beginnende regressive Veränderungen im Knorpelgewebe.

Bei der gesunden Vergleichsgruppe bestanden also weitgehend die gleichen regressiven Knorpelveränderungen in den verschiedensten Entwicklungsstufen wie bei der Chondrodermatitis nodularis chronica helicis.

Daraus ist zu folgern, dass man die bei der histologischen Untersuchung der Chondrodermatitis nodularis chronica helicis zu beobachtenden regressiven Veränderungen im Ohrmuschelknorpel meist nicht auf diese Erkrankung zurückführen kann. Es sind bei der histologischen Diagnose der Chondrodermatitis nodularis chronica helicis also in der Regel nur die Veränderungen in der Epidermis, Cutis und im Perichondrium zu beurteilen. Die Knorpelveränderungen dürfen hierbei nicht oder nur in beschränktem Masse berücksichtigt werden.

I. C A L N A N und B. R O S S A T I haben 21 Erkrankungen einer Chondrodermatitis nodularis chronica helicis histologisch untersucht von denen 4 in Serien geschnitten wurden. In Dreiviertel aller Untersuchungen wurde neben schon häufig beschriebenen und allgemein bekannten Veränderungen eine ungewöhnlich starke Proliferation von epitheloiden Zellen in den Wänden der arterio-venösen Anastomosen gefunden, die von P R I C H A R D und D A N I E L im menschlichen Ohr beschrieben wurden. Die Bildungen sind in die Gruppe der Glomustumoren einzuordnen.

H. H A B E R berichtet über eine ungewöhnliche histologische Beobachtung. In 14 Untersuchungen fand der Verfasser 3mal eigenartige Gefäßstrukturen bei welchen es sich seiner Ansicht nach um arteriovenöse Anastomosen handelt die teilweise

hyperplastisch verändert sind und dadurch den Eindruck eines Glomustumors hervorrufen.

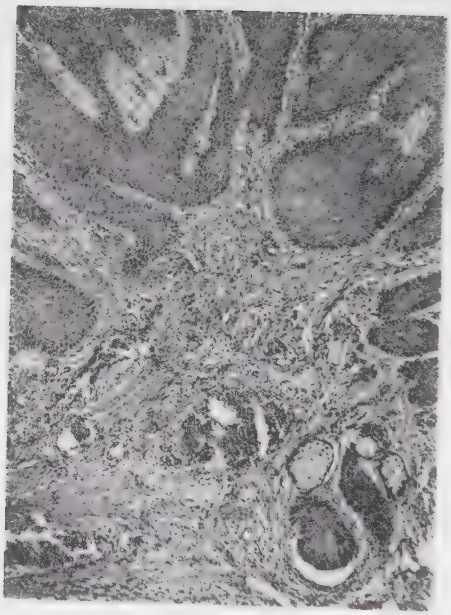
N E W C O M E R , Ch.C. S T E F F E N, Th.H. S T E R N - B E R G, L. L I C H T E N S T E I N berichten über 94 Erkrankungen. Ätiologisch bemerkenswert ist, dass sie bei einer Kontrollgruppe von 2o gesunden Personen jenseits des 4o. Lebensjahres dieselben degenerativen Veränderungen fanden wie bei der Chondrodermatitis nodularis chronica helicis. Die Verfasser folgern daraus, dass degenerative Veränderungen des Ohrknorpels nicht als Krankheitsursache anzusprechen sind.

Um die klinische Diagnose zu erhärten haben wir alle Kranken keilförmig excidiert.

Entsprechend der Entwicklung des pathologisch-anatomischen Geschehens fand sich ein verschieden stark ausgeprägte Bild. Es fanden sich akanthotische Wucherungen der Epidermis verschiedenen Ausmasses neben Hyper- und Parakeratosen wobei das Zellbild und ebenso die Oberfläche des Epithels ganz regelmässig war. Abbildung 1

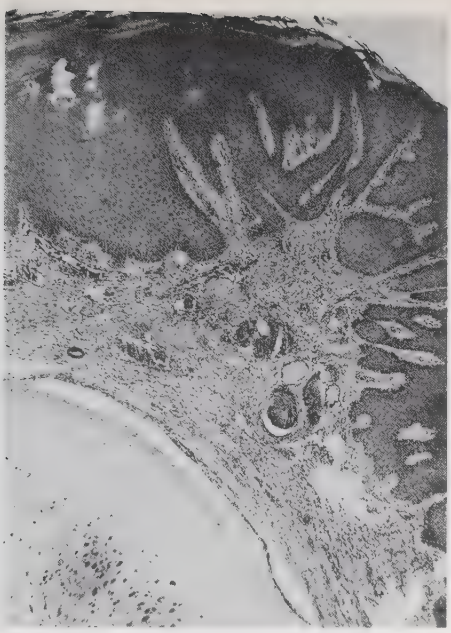
Die intrapapillären Zapfen waren meist verstrichen. In der Cutis fand man eine Erweiterung der Blut- und Lymphgefässe. Abbildung 2

An einigen Schnitten war das Corium teils weniger, teils mehr von Infiltratzellen rundzelliger Natur durchsetzt. In allen Schichten der Cutis kann es weiter zu einem fibroblasten- und gefässreichen Granulationsgewebe kommen. Abbildung 3



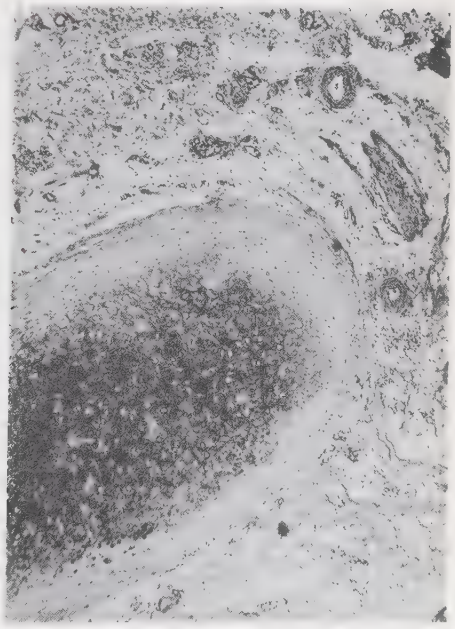
Mi 3921 a
515/62
HE 80x

Abb. 1 Pseudoepitheliomatöse Hyperplasie und Gefässneubildung.



Mi 3921
515/62
HE 8o x

Abb. 2 Pseudoepithelomatöse Wucherung mit spärlicher Stromarekaktion u. erheblicher Gefässdilatation.



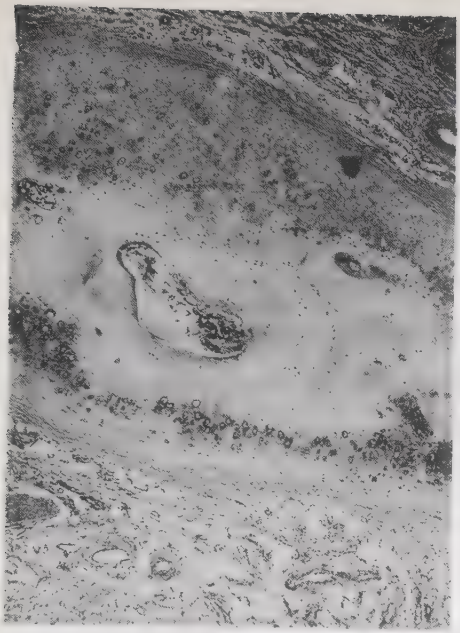
Mi 392o
664/63
HE 8o x

Abb. 3 Ödem des Bindegewebes mit Gefässneubildung.

Auch konnte man verschiedentlich eine beginnende Nekrose erkennen. Abbildung 4
Oft fanden sich Erscheinungen einer Perichondritis neben mehr oder weniger hochgradigen Degenerationen des Bindegewebes. Abbildung 5 (Vorwiegend altersbedingt bei alten Patienten) ? Weiterhin wurden in etwa der Hälfte der Fälle teils stärkere, teils geringere degenerative Zeichen des Knorpelgewebes gefunden. Abbildung 4
Einen Hinweis auf die Schmerzhaftigkeit der Knötchen gaben die in entzündliches Gewebe eingepackten Nerven welche in einigen Präparaten zu finden waren.

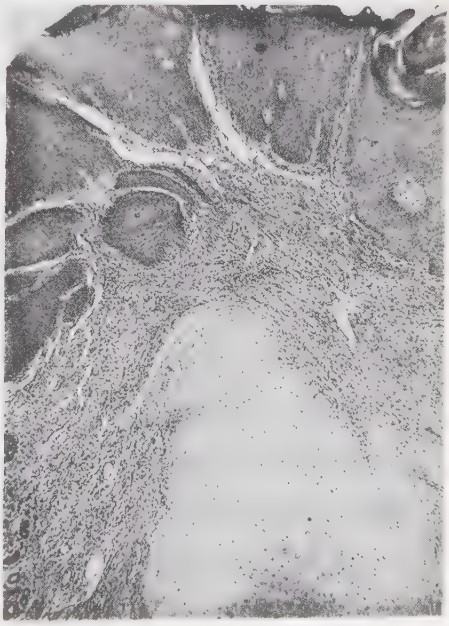
T H E R A P I E .

Die therapeutischen Möglichkeiten zur Beeinflussung der Chondrodermatitis nodularis chronica helicis sind nicht voll befriedigend. Von den meisten Autoren deren Ansicht wir teilen, wird eine ausgiebige Excision weit im Gesunden als wirksamste Methode angesehen.
Bei der Anwendung von Radium-, Mesothorium- oder Röntgenbestrahlung, Elektrokoagulation, Vereisung mit Kohlensäureschnee, Verätzung mit Trichloressigsäure sind weniger gute Ergebnisse mitgeteilt worden.
So berichtet F Ö R S T E R, M I T C H E L L , R O X B U R G H Mc. K E N N A über die Anwendung von Radium ohne zufriedenstellende Ergolge. Auch die kombinierte Methode, Excision



Mi 3918
85/63
HE 5o x

Abb. 4 Verflüssigungsnekrose des Knorpels.



Mi 392o
664/63
HE 8o x

Abb. 5 Junges Bindegewebe mit Kapillaren.

mit nachträglicher Radium- bzw. Mesothorium- Bestrahlung war unbefriedigend.

H A L T E R berichtet von einem Recidiv nach Desikation der Excisionswunde mit Kaltkaustik. Zu keinem Recidiv kam dagegen ein weiterer Fall in welchem eine grössere Menge Knorpel mit recidivierenden Chondrodermatitis nodularis chronica helicis Knoten mittels einer Diathermieschlinge entfernt wurde.

W I N K L E R empfiehlt die Excision, weist aber darauf hin, dass ein Erfolg der Excision noch nicht endgültig zu beurteilen sei.

O.H. F Ö R S T E R berichtet über einem Fall der nach Radiumbestrahlung nach acht Wochen zum Recidiv führte. Er hat in weiteren 8 Fällen eine Röntgenbestrahlung vorgenommen. In 3 Fällen trat eine Heilung ein, eine Erkrankung war nicht beeinflussbar und bei zwei Patienten kam es nach zwei Monaten zum Recidiv. Bei zwei weiteren Patienten war die Behandlung noch nicht abgeschlossen.

M E I R O W S K Y schlägt eine energische Behandlung mit Kaustik, Kaltkaustik, Verätzung, chemischen Mitteln oder Excision vor. Auch er berichtet nach diesen Massnahmen von Recidiven.

B R O E R S hat nach Ätzungen und Galvanokaustik Recidive feststellen müssen. Er betrachtet die Excision als beste Behandlungsart.

E. L E D O teilt mit, dass die Excision weit im Gesunden

oder die Elektokoagolation die Behandlung der Wahl sei.

M I T C H E L L schlägt die Behandlung mit Kohlensäureschnee vor.

Z I M M E R M A N N hat 13 Patienten nach seiner besonderen Operationsmethode behandelt.

O P E R A T I O N :

1) Die Quetschung des Coriums wird durch mechanisches Dehnen des Coriums und der Epidermis nach deren Loslösung vom darunterliegenden Perichondrium und Durchschneiden der alten Adhäsionen beseitigt.

2) Excision des pathologisch veränderten Gewebes im Corium und der Epidermis.

3) Durchtrennung der Nerven dieses Bereiches zur schnellen Schmerzlinderung.

4) Entfernung des vorstehenden Randes des Helixknorpels.

Rückfälle sollen auch 4 Jahre nach der Operation nicht eingetreten sein.

B U C H H O L Z beschreibt zwei Erkrankungen, die er mit Hydrocotisonacetateinspritzungen um das Knötchen behandelt hat. Die schmerzhaften Knötchen verschwanden. Er sah nach 6 Monaten kein Zeichen eines Recidivs.

N E L S O N sowie N E W C O M E R teilen über Versuche mit Bacitracinsalbe mit. N E L S O N sah bei 8 von 9 Erkrankungen, N E W C O M E R bei 3 von 8 Patienten eine Besserung. N E W C O M E R und Mitarbeiter konnten ausserdem durch Injektion einer 2%igen Lösung von Procain-Hydrochlorid, teils

in Kombination mit Histaminsulfat, bei 11 Patienten von insgesamt 17 eine vorübergehende Erscheinungsfreiheit erreichen.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die meisten Autoren die Excision weit im Gesunden als beste therapeutische Massnahme ansehen. Die Universitäts-Hautklinik Tübingen ist ebenfalls dieser Auffassung. Hier werden die Chondrodermatitis nodularis chronica helicis Erkrankungen ausschliesslich mit einer Keilexcision weit im Gesunden behandelt.

U N S E R E O P E R A T I O N S M E T H O D E.

a) Das Operationsfeld wird jodiert und steril abgedeckt.

b) Lokalanästhesie durch Injektion einer 1%igen Novocain-Adrenalinlösung um das Operationsgebiet.

c) Der Chondrodermatitisknoten wird weit im Gesunden keilförmig unter Mitnahme des Knorpels entfernt.

d) Peinlichste Blutstillung.

e) Verschluss der Wunde mit Supramidfäden.

f) Steriler Verband.

In den letzten 1o Jahren sind von 56 mit oben beschriebener Keilexcision behandelten Patienten 55 Patienten recidivfrei geblieben.

Die Universitäts-Hautklinik Tübingen sieht diese operative Behandlung als die Behandlung der Wahl an.

Z U S A M M E N F A S S U N G.

1.)An 56 über 1o Jahren beobachteten und behandelten Erkrankungen der Chondrodermatitis nodularis chronica helicis in der Universitäts-Hautklinik Tübingen und aus der Literatur wird über das Krankheitsbild der Chondrodermatitis nodularis chronica helicis eingehend berichtet.

2.)Es handelt sich um 52 Männer und 4 Frauen.
Der Höhepunkt des Erkrankungsalters war eindeutig jenseits des 45. Lebensjahres.
33 mal war die re. Ohrmuschel, 16mal die li. und 7mal waren beide Ohrmuscheln befallen.
Bei den 7 Patienten, bei denen beide Ohrmuscheln befallen waren, hatten sich 5 Patienten die Ohrmuscheln erfroren.
Die Knötchen waren ausnahmslos bei allen 56 Patienten im Bereich der Helix lokalisiert.
Es wurde nur 1 Recidiv beobachtet, was der erfolgreichen radikalen Operationstherapie, die an der Universitäts-Hautklinik Tübingen durchgeführt wird zuzuschreiben ist.

3.) Fünf Erkrankungen wurden eingehend beschrieben, und es wurde darauf hingewiesen, dass 75% der 56 Patienten Astheniker waren und 85% der Patienten einen Hypotonus aufwiesen.
Bei 16 Erkrankten waren Erfrierungen der erkrankten Ohrmuschel vorausgegangen. 3 Erkrankte gaben ein direktes Trauma an. Bei 22 Patienten war ein Beruf nachzuweisen der sie vermehrten Witterungseinflüssen aussetzte.

4.) Ätiologisch wird auf die Besonderheiten der Gefässversorgung und auf die Entwicklungsgeschichte eingegangen.

5.) Die Differentialdiagnose wird in einem Kapitel besprochen.

6.) Die Ansicht von P E R I N und B O U L L E, wonach die Chondrodermatitis nodularis chronica helicis ein Tuberkulid ist, konnten wir an Hand unseres ausgedehnten histologischen Materials und in Übereinstimmung mit den übrigen Literaturangaben entkräftem.

Auch konnte die Meinung von E B E N I U S einer malignen Umwandlung der Chondrodermatitis nodularis chronica helicis aus den soeben erwähnten obigen Gründen von uns nicht bestätigt werden.

7.) Es wird darauf hingewiesen, dass nach Ansicht der Universitäts-Hautklinik Tübingen eine radikale operative Therapie die einzige Erfolg versprechende Massnahme ist, um die Chondrodermatitis nodularis chronica helicis zu heilen.

Der Beweis wird durch die 56 an der Universitäts-Hautklinik Tübingen operativ behandelten Patienten erbracht, wobei nur ein Recidiv aufgetreten ist.

L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S .

BIBER, I.I.	I. Laryng. a. Otol. 69 (1955) 551-558
BROERS, J.H.	ref. Zbl. H.u.G.Krh. 32 (193o) 744
BUCHHOLZ, A.	Arch. of Dermat. 74 (1956) 547
CALNAN, I. und ROSSATI, B.	I. clin. Path. 12 (1952) 179-182
CAROL, W.L.L. und H.B. v. HAREN	ref. Zbl. H.u.G.Krh. 68 (1942) 592
DAVIES, J.H.T.	zit.nach NEWCOMER, V.D. u. Mitarb.
	Rev. frc. dermat. 4 (1928) 388
EBENIUS, B.	Acta radiol. 22 (1941) 563
EBNER, V.	zit. nach SCHÄFFER im Hdb. d. mikrosk. Anat. d. Menschen 2. Bd. v.MÖLLENDORF
FÖRSTER,O.H.	Arch. of Derm. 11 (1915) 149
FOX, H.	Arch. Derm. Syph. Chicago 11 (1915) 149
GROPPER, H.	Dermat. Wschr. 1 13o (1954) 979
HABER, H.	Hautarzt 11 (196o) 122-127
HALTER, K.	Dermat. Zschr. 73 (1936) 281
JAENICKE, K.	Arch. Dermat. Syph. Chicago 43 (1941) 158
Mc.KENNA	zit. nach. HALTER Derm. Zschr.73 (1936)281
KLAUDER, I.V.	Dermat. Syph. Chicago 22 (193o) 833
KNAPP,	Zschr. Ohr. hk. 6o (191o) 14
LEDO, E.	ref. Zbl. H.u.G.Krh. 61 (1939) 482
LÜBBERS,	Passow-Schäfers Hals-Nas.Ohr.hk.5(1912)26
MEIROWSKY, E.	Dermat. Wschr. 88 (1929) 289
MILIAN, G. und PERIN, L.	zit. nach HALTER Derm. Zschr.73(1936)281

MITCHELL, J.H. Arch. Derm. Syph. Chicago 7(1923)132

NEWCOMER, V.D.
Ch.G. STEFFEN
Th.H. STERNBERG
L. LICHTENSTEIN, Arch. Derm. Syph. Chicago 61(1953)241

NICOLAS, J.
G. MASSIA, ref. Zbl. H.u.G.Krh. 51 (1935)487

OLTERSDORF, U. Arch. Ohr.hk. 168 (1956) 333

OTHAZ, E. und
SANTIAGO Ponce d.Leon ref, Zbl. H.u.G.Krh. 52 (1936) 219

PERIN, L. und
St. BOULLE ref. Zbl. H.u.G.Krh. 53 (1936) 251

ROXBURGH, H.C. zit. nach HALTER Brit.J.Derm.39(112

ROST, W. Wien. med. Wschr. 76 , 931

SEQUEIRA, J.W. Diseases of Skin 3. Edition (1919)

SCHWALBE, G. zit. nach HALTER, Derm.Zschr.73(1936)281

SZANTO,JENO, ref. Zbl. H.u.G.Krh. 47 (1934)611

TATAROFF, D. zit. nach HALTER Derm.Zschr.73(1936)281

WINKLER, M. Arch. of.Derm. 121 (1916) 278

WINKLER, K. Zschr. H.u.G.Krh. 8 (1950) 2

ZIMMERMANN, M.C. Arch of Derm. 78 (1958) 41-46

Ich bedanke mich sehr bei Herrn Professor Dr.med. W. Schneider für die Überlassung der Arbeit und bei
Herrn Professor Dr.med. H.C. Friederich für die wertvollen Hinweise bei der Gestaltung der Arbeit.

L e b e n s l a u f.

Am 22. Mai 192o bin ich in Riga als Sohn des Obersten Georg v. Sawitzky geboren.

Nach Beendigung der Grundschule besuchte ich das Gymnasium im Baltikum und machte 1939 das Abitur. Das Studium der Medizin habe ich in Berlin, Bern und Heidelberg absolviert und bestand das medizinische Staatsexamen 1955 an der Universität Heidelberg.

Als Pflichtassistent war ich am Fürst- Stirum- Krankenhaus in Bruchsal und am Karl- Olga- Krankenhaus in Stuttgart tätig. Anschliessend habe ich meine chirurgische Fachausbildung am Karl- Olga- Krankenhaus und am Städt. Krankenhaus Stuttgart/ Bad Cannstatt gemacht. Die Facharztanerkennung für Chirurgie erhielt ich 1962.

An der Universitäts- Hautklinik Tübingen war ich als Assistent tätig und habe dort meine Dissertationsarbeit gemacht.

Stuttgart, den 3.11.1963